附件2：

淄博市慈善总会“爱在万杰 健康相伴”项目结算信息表

|  |
| --- |
| 患者基本信息 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 所属区县 |  | 联系电话 |  |
| 代理人姓名 |  | 与患者关系 |  | 联系电话 |  |
| 救助金收款户名 |  | 账号 |  |
| 开户行 |  |
| 本人自愿申请参加项目救助，并承诺所填信息及提供资料真实、完整、有效，收款信息核实无误，因隐瞒、变造、虚报等行为所造成的一切责任和后果由本人承担。 申请人/代理人签字（手印）： |
| 住院及结算信息 |
| 救助类别 | □肿瘤□慢病□外科□血透 | 首次办理项目编号 | 20 年（万杰第 号） |
| 入院日期 |  | 出院日期 |  |
| 入院诊断 |  | 出院诊断 |  |
| 住院总金额 |  | 自负金额 |  | 项目救助金额 |  |
|  经办人签字（公章）：  年 月 日 |

说明：此表一式两份，一份由市慈善总会存档，一份由淄博万杰肿瘤医院留存